Nr 3. Kraków, 19. stycznia 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362.

Konto pocz. Kasy Oszczęc. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 19. stycznia 1918 Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala epidemicznego kolumn sanitarnych K. B. K. w Tarnogrodzie

Z serodyagnostyki duru plamistego

podali

Dr Kazimierz Dadej i Dr Marya Krahelska.

(Dokończenie).

Jest znanem z odnośnej literatury zjawiskiem, że prątki duru brzusznego aglutynują się również do pewnego stopnia z surowicą duru plamistego i że, jak to w większości przypadków istotnie spostrzedz mogliśmy, ich czułość na działanie tej surowicy wzrasta tu cokolwiek w dalszym przebiegu choroby. Odnośnych spostrzeżeń, opartych na każdorazowem niemal powtarzaniu odczynu Widala równolegle z odczynem Weila — nie wpisujemy w nasze tablice poza jednym Nr 1, ze względu na to, iż odczyn Widala, występujący tu wprawdzie niemal w 50% badanych przypadków i sięgający czasem rozcieńczeń $^1/_{100}$ i wyżej, jest tak słaby i tak nieraz w postaci odmienny od odczynu Widala przy durze brzusznym lub tego odczynu, który chociażby ze znakiem $\pm$ równocześnie notujemy dla X^{19}, że wymagałby wprowadzenia osobnej dla siebie skali. Pominąwszy parę przypadków, w których, jak się okazało, chorzy przechodzili niedawno dur brzuszny, odczyn Widala nie występował inaczej jak $\pm$, do rozcieńczeń $^1/_{100}$ i $^1/_{150}$ w bardzo nielicznych tylko przypadkach, zwykle utrzymując się przez czas trwania gorączki przy $^1/_{50}$. Do tego poziomu natomiast podnosił się odczyn czasem już w pierwszych dniach gorączki, przed wystąpieniem odczynu Weila. Przebieg zwykły krzywej tego śladu odczynu Widala odpowiadałby mniej więcej obrazowi z tablicy Nr 1. Jak Starkenstein wspomina, równie wznoszenie się odczynu, jak spadek, są niezmiernie łagodne. Bezwątpienia fakt, że prątki duru brzusznego podlegają, choć w bardzo słabym stopniu, działaniu surowicy duru plamistego, przyczynia się do utrudnienia serologicznego rozpoznania tej choroby, zwłaszcza, iż w niektórych przypadkach surowica ta zaczyna na nie działać już wtedy, kiedy na X^{19} jeszcze nie działa.

Wracając jeszcze do odczynu Weila, podnieśćbyśmy chcieli zjawisko, zasługujące może na specyalne zbadanie i polegające na tem, iż w późniejszych okresach choroby, zatem przy opadaniu krzywej Weila, otrzymujemy nieraz wyniki ujemne lub niejasne w rozcieńczeniach niższych, gdy równocześnie w dość wysokich utrzymuje się jeszcze zupełnie wyraźny odczyn. Zjawisko to występowało niemal z reguły w spostrzeganych przez nas przypadkach. Po spadku do rozcieńczeń $^1/_{100}$ lub $^1/_{150}$ odczyn dodatni, utrzymując się jeszcze przez czas pewien lub nawet wznosząc się nieznacznie, zostaje niejako wyparty z rozcieńczeń niższych i urywa się nagle, mimo że słaby odczyn, odpowiadający znakowaniu $\pm$, może jeszcze sięgać wysokich rozcieńczeń i trwać długo. Fuchs, który, o ile nam wiadomo, pierwszy na coś podobnego zwraca uwagę, tłómaczy to zjawisko przez występowanie w tym okresie w surowicy ozdrowieńców związków, przeciwdziałających zlepianiu. Jakkolwiek tłómaczenie to zdaje się być wygodnem, zjawisko samo, sądzimy, zbyt mało było jeszcze badane, aby tłómaczone być mogło.

Podobnie trudne do wyjaśniania jest występowanie zaburzeń w przebiegu krzywej Weila, jej bardzo częsta dwuwierzchołkowość. (Tabl. 6, 9, 10). Czy i o ile takie parokrotne wznoszenie się i opadanie miana odczynu Weila uzależnić się da od odpowiednich wahnień ciepłoty, to trudno ustalić. W niektórych przypadkach wtórne zachorowanie ozdrowieńca może wywoływać ponowne nieznaczne podniesienie się krzywej Weila. (Tabl. Nr 8, może Nr 11). W kilku przypadkach śmiertelnie przebiegającego duru plamistego stwierdzaliśmy stale dość nagłe wznoszenie się miana w dniach, bezpośrednio poprzedzających śmierć, — chociażby nawet nie występowało równoczesne zwiększenie gorączki. Tu zatem przyczyna zdaje się stanowczo leżeć gdzieindziej, niż w zmianach ciepłoty.

Taksamo tłómaczyć nie moglibyśmy zgoła sprawy istnienia tak wybitnych różnic między przebiegiem krzywej Weila u poszczególnych chorych. Staraliśmy się tylko różnice te usystematyzować, tworząc nasze trzy typy. Prawdopodobnie przy większym materyale zgrupowanie ich mogłoby wypaść jeszcze odmiennie, a napewno dałoby się przeprowadzić ściślej.

W materyale, obejmującym 16 przypadków choroby, mogli Weil i Felix wyróżnić dwa zasadniczo odmienne typy przebiegu odczynu Weila, robionego z użyciem X^{19}. »Pierwszy typ tworzą przypadki, w których aglutynacya występuje wcześnie (do czwartego dnia), osiąga szybko wysokie wartości miana i dosięga rozcieńczeń 1:5000, czasami znacznie wyżej. Drugi typ natomiast wykazuje przy znacznie późniejszem występowaniu odczynu, przez czas pewien odczyny, dosięgające tylko rozcieńczeń 1:25 i 1:50, w okresie najwyższego natężenia wysokość miana nie przekracza 1:500, utrzymując się zwykle poniżej tej wartości«.

Jeżeli uwzględnimy wysokość miana i czas występowania odczynu, będziemy musieli uważać, że cały nasz materyał odpowiada temu drugiemu typowi Weila i Felixa. Różnice natomiast, jakie między I. a II. naszym typem istnieją, odpowiadałyby dość dobrze różnicom między dwoma typami, opisywanymi przez tych autorów.

Zestawiając nasze spostrzeżenia, dochodzimy do takich wniosków:

Odczyn Weila-Felixa, wykonywany ze szczepem X^{19}, daje wynik dodatni w 97·15% badanych przypadków duru plamistego i okazuje się ściśle dla tej choroby swoistym.

W rozcieńczeniach, od których począwszy za miarodajny może być uważany, występuje średnio w 8. dniu cho-

roby, — w 25% badanych przypadków po 13. dniu, t. j. już po spadku gorączki. Stąd posiadać on może doniosłe znaczenie praktyczne nietyle dla rozpoznania choroby, ile dla jej stwierdzenia w klinicznie niejasnych przypadkach.

Krzywa odczynu Weila, zestawiona razem z krzywą gorączki (w ten sposób, aby oś odciętych podawała dni choroby, oś rzędnych wysokości miana dla pierwszej, a stopnie gorączki dla drugiej) zdaje się okazywać pewną zależność od przebiegu gorączki. W większości przypadków mianowicie wierzchołek krzywej Weila będzie przy takiem zestawieniu leżeć bezpośrednio na lub obok nagłego spadku krzywej gorączki. Istnieje też w odnośnej literaturze tendencya do ujęcia tej zależności w regułę, orzekającą, że nagłe wznoszenie się wysokości miana odczynu Weila odpowiada okresowi spadania gorączki.

Ponieważ jednak w 30% mniej więcej ze spostrzeganych przez nas przypadków (typ II naszych tablic) najwyższe wartości miana zostają osiągnięte dopiero w kilkanaście dni po spadku gorączki, a odsetek ten zbyt jest duży, aby tu o wyjątkach było można mówić, — regułę powyższą możemy przyjąć tylko z tem zastrzeżeniem, że odnosi się ona do jednego tylko typu przebiegów odczynu Weila.

Ten typ zdaje się obowiązywać tam, gdzie choroba ma przebieg normalny, gorączka opada nagle i zdrowienie trwa krótko.

Sprawę zależności przebiegu odczynu Weila, czy to od przebiegu choroby wogóle i ewentualnych jej powikłań, czy chociażby specyalnie od wahnień ciepłoty, — uważamy za zbyt mało zbadaną, aby tłómaczona być mogła. Należałoby przedewszystkiem przez zebranie dużego materyału spostrzeżeń, pochodzącego z różnych ognisk epidemii, ale zbieranego z użyciem ściśle tychsamych metod — ustalić i uzupełnić bardzo jeszcze skąpe i nieraz niezgodne ze sobą dane, jakie odnośnie do odczynu Weila literatura posiada.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie (Dyrektor Prof. Dr A. Rosner).

Odczyny serologiczne przy raku

podał

Doc. Dr. J. Zubrzycki.

(Dokończenie).

Znakomite początkowo wyniki odczynu komórkowego (100% przy raku, a 0% w innych schorzeniach) zostały z czasem przez innych badaczy i samych wynalazców odczynu zredukowane do cyfr, jakie i inne powyżej omawiane odczyny w odniesieniu do raka wykazują, nie przekraczały bowiem 80% wyników dodatnich przy raku, dając równocześnie dodatni wynik w 25% przypadków innych cierpień. W odniesieniu do odczynu komórkowego nadmienić tutaj można, że nie każdy rodzaj nowotworu nadaje się do sporządzenia odpowiednio czułej zawiesiny, któraby mogła służyć do doświadczeń. Nieraz całe szeregi różnego rodzaju raków trzeba przerobić, nim wreszcie uda nam się wyszukać zawiesinę, której można użyć do doświadczeń. Zawiesinę komórek rakowych, przechowywaną w lodowni, miesza się z surowicą badaną w małych probówkach i przy pomocy stolika, używanego do liczenia ciałek czerwonych krwi, oblicza się średnią ilość komórek rakowych w 1 mm³, poczem po kilkugodzinnem staniu w cieplarce o ciepłocie 37° C. przelicza się powtórnie. Z różnicy obydwu tych obliczeń wnosimy o własnościach badanej surowicy.

Przechodzę wreszcie do omówienia ostatniego odczynu jaki jeszcze dzisiaj stosujemy w celach rozpoznawczych przy raku, to jest do odczynu meiostagminowego, podanego przez Ascolego. Polega on na tem, że przy połączeniu odpowiedniego antygenu z odpowiednim niwecznikiem powstaje cały szereg chemiczno-fizycznych zmian, które wykazać się dają przy pomocy różnych metod badania (Weichardt). Między innemi następuje również obniżenie się napięcia powierzchniowego w danym płynie, które znowu objawia się zwiększeniem liczby kropli pewnej stale i ściśle określonej ilości płynu. Zjawisko to, czysto fizycznej natury, ma zdaniem Ascolego powstawać pod wpływem ciał, nazwanych przez niego meiostagminami, a wytwarzających się podczas połączenia się ciał obronnych (niweczników) z antygenem, zawierającym ciała tłuszczowate (lipoidowe). Początkowo Ascoli i jego uczniowie posługiwali się tą metodą badania w celu udowodnienia, że podczas odczynów serologicznych w ogólności zachodzą w badanych cieczach zmiany czysto fizycznej natury.

Dopiero później Ascoli przeniósł swoje spostrzeżenia, robione głównie z wąglikiem, na pole serodyagnostyki raka. Jako antygenu używał początkowo wyciągów wyskokowych z tkanki nowotworowej, które w odpowiednim procencie po oznaczeniu wartości antygenu mieszał z surowicą badaną. Antygeny takie jednak bardzo prędko się psuły i stawały się niezdatne do dalszego użytku. Dlatego to z czasem zastąpiono je wyciągami alkoholowymi z trzustki (Micheli i Catoretti), antygenem przyrządzonym z lecytyny (Lueger i Köhler), lub z kwasu mirystylowego i żelatyny (Izar). Ostatnio z dobrym wynikiem stosuje się antygen, zrobiony w bardzo prosty sposób, jako rozcieńczenie kwasu linolowego i rycynolowego w wyskoku etylowym.

Zmiany, powstające w napięciu powierzchniowem po połączeniu któregokolwiek z wyżej wspomnianych antygenów z surowicą rakową, mierzymy zapomocą bardzo prostego przyrządu, t. z. stalagmometru Traubego. Różnice, zachodzące w ilościach kropel, zależą nietylko od rodzaju surowicy, lecz także od rodzaju użytego do doświadczenia antygenu i wykazują z surowicami osób rakowych wahania od 2 do 8 kropli. Z surowicami osób zdrowych nie powinniśmy nigdy, o ile dobrze wyznaczymy wartość antygenu, otrzymywać wahnień większych nad jedną kroplę. Technika odczynu bardzo prosta i nie przedstawia żadnych trudności. Z każdą surowicą nastawiamy zawsze po dwa doświadczenia: pierwsze z surowicą i fizyologicznym rozczynem soli kuchennej (1 cm³ surowicy + 9 cm³ NaCl fizyol. rozczyn), drugie z surowicą (1cm³), rozczynem fizyologicznym soli kuchennej (9 cm³) i antygenem linoloworycynolowym (0·01 cm³). Próbę nastawia się w próbówkach, szczelnie korkami gumowymi zamkniętych, które wkłada się następnie na dwie godziny do łaźni wodnej o ciepłocie 50° C., poczem dopiero po ostygnięciu płynów przelicza się ilość kropli przy pomocy stalagmometru. Surowice osób, dotkniętych rakiem, wykazują pomiędzy pierwszem a drugiem doświadczeniem różnice, których z surowicami osób zdrowych nie powinniśmy otrzymywać.

Wyniki powyższego odczynu są nieco lepsze niż przytaczanych powyżej, gdyż według ostatnio ogłoszonych prac ilość wyników dodatnich, uzyskanych tą metodą, wynosi przy raku około 90%, ilość zaś wyników dodatnich u osób zdrowych zaledwo około 1%. Z własnego doświadczenia powiedzieć mogę, że prócz rakowych surowic także i surowice osób gruźliczych bardzo często dają dodatni odczyn meiostagminowy.

Rodzaj odczynu	Procent dodatnich wyników	
	przy raku	przy innych chorobach
Odczyn precypitacyjny	30	—
„ izohemolityczny	40	—
„ heterohemolityczny	51	14
„ z jadem kobry	81	10
„ z odchyleniem komplementu	81·2	50·7
„ antytrypsynowy	85	30
„ Abderhaldena	95	5
„ skórny	89	6
„ komórkowy	80	25
„ meiostagminowy	90	1

Powyżej zebrałem w ogólnych zarysach wszystkie mniej więcej najważniejsze odczyny serologiczne, które stosowano w celach dyagnostycznych przy raku. Z punktu widzenia teoretycznego, jak niemniej i z punktu widzenia praktycznego bardzo ważnem wydaje mi się spostrzeżenie, którego nie mogę tutaj pominąć milczeniem. Mam tu na myśli wyniki badań, przeprowadzonych przy pomocy wszystkich tych powyżej opisanych metod z surowicami kobiet ciężarnych, rodzących i położnic. Badania te stwierdziły niezbicie, że surowice tych osób, i to ciężarnych już w bardzo wczesnych okresach ciąży, dają z reguły dodatnie wyniki przy zastosowaniu któregokolwiek z wyżej opisanych odczynów. Łatwo zrozumieć, że zjawisko to obniża znacznie już i tak problematyczną wartość rozpoznawczą tych odczynów.

A jeżeli teraz zastanowimy się nad ich praktycznem znaczeniem i nad ich zastosowaniem w celach klinicznych, to musimy dojść do przekonania, że wobec cyfr, zestawionych tu w tablicy, nawet dwóch odczynów najlepsze dających wyniki (odczyn meiostagminowy i odczyn Abderhaldena) w celach rozpoznawczych przy raku zastosować nie możemy. Do dziś dnia więc nie dostarczyła nam serologia metody, przy pomocy której moglibyśmy umożliwić sobie rozpoznanie raka przy równoczesnem wykluczeniu innych cierpień. Chociaż jednak odczyny, o których pokrótce wspomniałem, nie doprowadziły do praktycznego celu i nie pozwoliły na wypracowanie metody serodyagnostycznej, swoistej dla raka, nie możemy im odmówić znaczenia, i to znaczenia bardzo ważnego z punktu widzenia teoretycznego. Przyczyniły się one bowiem niemało do poznania własności surowic rakowych, uwydatniły z jednej strony ich odrębność od surowic prawidłowych, z drugiej zaś strony ujawniły analogiczność oddziaływania z surowicami przy rozmaitych stanach patologicznych i fizyologicznych, różniących się niewątpliwie zarówno istotą swoją jak i etyologią od spraw, wchodzących w grę przy nowotworach złośliwych, a posiadających z nimi tę tylko wspólną cechę, że wiodą również, jak te ostatnie, do wzmożonego rozpadu substancyi organicznej w ustroju.

Z oddziału dla chorób nerwowych c. i k. rezerwowego szpitala Nr 1. we Lwowie.

O przewlekłej sinicy kończyn z przerostem części miękkich

(akroasphyxia chronica hypertrophica).

Podał

Dr Jakób Rothfeld,

asystent kliniki chorób nerw. Uniwersytetu lwowskiego, obecnie starszy lekarz wojskowy, kierownik oddziału.

Nazwa »akroasphyxia chronica hypertrophica« pochodzi od Cassierera[1]); w nielicznych pod tą nazwą opisanych przypadkach spotykamy jako najważniejsze objawy powiększenie i powoli rozwijającą się sinicę rąk i stóp. Powiększenie obwodowych części kończyn dotyczy tylko części miękkich, zwłaszcza tkanki podskórnej; kościec jest niezmieniony. Skóra jest zasiniała, sinica na rękach jest znacznie silniejsza, niż na nogach, na grzbiecie ręki znacznie silniejsza, aniżeli na dłoni. Sinica rozprzestrzenia się na przedramię względnie na goleń; zasiniałe części ciała są chłodniejsze, niż sąsiednie. Skóra jest miękka, soczysta, niezrosła z podstawą, przesuwalna i nie wykazuje zmian troficznych. Paznokcie nie są zmienione. Bóle mogą czasem występować, nie są jednak znaczne. Zaburzenia czuciowe spostrzegano w kilku przypadkach.

Przypadki przewlekłej sinicy z przerostem opisali Pelm[2]), Barker-Sladen[3]), Kartje[4]), Gasne et Souques[5]).

Cassierer uważa ten zbiór objawów za pokrewny z chorobą Raynauda, od której różni się on brakiem napadowego zblednięcia rąk, brakiem bólów, zaburzeń troficznych, powolnym rozwojem sinicy i przerostem części miękkich. W rozpoznaniu różniczkowem mogą wchodzić w rachubę histerya, jamistość rdzenia (syringomyelia), akromegalia i »ostéopatie hypertrophiante pneumique«. Co do histeryi, to rozstrzygnięcie jest czasem trudne, gdyż akroasfiksya może istnieć u tego samego chorego obok, a jednak niezależnie od histeryi. Na ten szczegół zwrócił uwagę Cassierer, przyczem opierał się na własnych spostrzeżeniach i na przypadkach zebranych z piśmiennictwa.

Brak zaników mięśniowych, prawidłowa pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni, brak zaburzeń czucia, charakterystycznych dla jamistości rdzenia, pozwala wyłączyć syringomyelię. Przeciw akromegalii przemawia brak zmian w kośćcu, prawidłowe siodło tureckie, brak prognacyi, prawidłowe pole widzenia i t. d. Brak zniekształtnienia palców, zmian w kościach i zmian paznokci przemawia przeciw chorobie Mariego.

W dotychczas opisanych przypadkach zmiany usadowione były symetrycznie po lewej i prawej stronie. W przypadkach, przezemnie spostrzeganych, była tylko jedna ręka zmieniona, druga była albo zupełnie zdrowa, albo wykazywała nieznaczne tylko zmiany.

P r z y p a d e k I. Sch., lat 33, badany w lutym 1917. Z zawodu woźnica. Służy w wojsku od marca 1915 r., przez 8 miesięcy, t. j. aż do czasu wystąpienia obecnej choroby, na froncie włoskim. Z końcem zimy 1915/16 pracował na pozycyi w śniegu, wśród silnych mrozów; schronisko, w którem sypiał, było zimne i wilgotne. W tym czasie zauważył, że jego ręce i nogi sinieją; po kilku tygodniach wystąpił obrzęk lewej ręki, a po dalszych dwóch tygodniach poczęła obrzękać ręka prawa. Lewa była znacznie więcej obrzękła. Kończyny nigdy nie były odmrożone. Chorego odesłano z frontu; był leczony w szpitalach etapowych, potem w głębi kraju, kąpielami, elektryzowaniem i miesieniem. Stan polepszył się tylko o tyle, że nieznaczny obrzęk na p r a w e j ręce ustąpił, natomiast l e w a ręka powiększała się coraz bardziej, a sinica była znaczniejsza. Szczególnie w zimie obrzękała i siniała ręka tak silnie, że była prawie czarna. W cieplejszej porze stan się polepszał, jednak obrzęk nie znikał nigdy całkowicie. Dwumiesięczne leczenie w Piszczanach, od końca listopada 1916 do końca stycznia 1917, nie odniosło żadnego skutku. Ręka lewa powiększa się i w ostatnich czasach, a obrzęk rozprzestrzenia się powoli na przedramię; pogorszenie postępuje powoli, chory nigdy nie zauważył nagłej zmiany. Na prawej ręce i na stopach utrzymuje się sinica w tem samem nasileniu, jak w początkach choroby.

Chory podkreśla niekorzystny wpływ zimna, pod którego wpływem lewa ręka więcej obrzęka, co bywa połączone z nieznacznymi bólami. W cieple obrzęk znowu nieco ustępuje. Prawa ręka i stopy nie obrzękają na zimnie, tylko sinica się powiększa. Oprócz wspomnianych tępych bólów w lewej ręce skarży się chory często na bóle w prawym stawie barkowym i w obu kolanach. W ostatnich czasach wystąpiło upośledzenie ruchów ręki lewej, podobno wskutek bólów w stawie nadgarstkowym; chory nie może tą ręką tak dobrze władać, jak prawą; nigdy nie zauważył nagłego zblednięcia rąk.

Do wojny Sch. zawsze był zdrów, nigdy nie miał odmrożonych kończyn, nawet w czasie największych mrozów. W czasie służby wojskowej na pozycyach występowały od czasu do czasu pod wpływem zimna zaburzenia pęcherzowe; Sch. musiał często

---

[1]) Die vasomot. troph. Neurosen. Berlin 1913.

[2]) Nouv. Iconogr. XVI.

[3]) Nouv. Iconogr. 1907.

[4]) Arch. f. Kdhkd. B. 53.

[5]) Nouv. Icon. 1895 (cyt. według Cassierera).

mocz oddawać i pęcherz natychmiast opróżniać, skoro tylko uczuł parcie na mocz. Bezwiedne moczenie we śnie zdarzało się tylko kilka razy. Zaburzenia te ustąpiły.

Stan obecny: Lewa ręka większa od prawej, grzbiet ręki lewej i palce zgrubiałe, zwłaszcza palec IV. i V.; pierwsze członki palców są więcej zgrubiałe, aniżeli końcowe, środkowe członki palca wskazującego i środkowego więcej zgrubiałe, niż innych palców. Dłoń jest również poduszkowato zgrubiała, jednak w mniejszym stopniu, aniżeli grzbiet ręki. Dolna trzecia część przedramienia jest również zgrubiała. Skóra nad lewą ręką i dolną częścią przedramienia silnie zasiniała, ciemnoniebieska; w ciągu badania w ciepłym pokoju zmienia się jej barwa powoli na czerwonawoniebieską. Nad pierwszym palcem i nad małymi stawami sinica jest znaczniejsza, niż w częściach sąsiednich. Mniej więcej w połowie przedramienia słabnie sinica, przechodzi w skórę marmurkowaną i ciągnie się po zewnętrznej stronie przedramienia ku łokciowi. Skóra nad łokciem jest znowu wybitniej zasiniała, jednak nie w tym stopniu, co ręka. Dłoń i dłoniowa strona palców jest mniej sina, aniżeli grzbiet ręki; po wewnętrznej stronie przedramienia sięga sinica do górnej trzeciej części tak, że zgięcie łokciowe jest już zupełnie prawidłowe. Skóra nad lewą ręką jest gładka, nieco lśniąca, ucisk na skórę pozostawia zagłębienie i białą plamę, które wnet znikają. Paznokcie niezmienione. Dłoń wilgotna.

Na prawej ręce również znaczna sinica, jednak o wiele mniejsza, niż na lewej, z domieszką zabarwienia czerwonego; to zabarwienie skóry rozprzestrzenia się na przedramię, mniej więcej do tej samej wysokości, co i na lewej kończynie. Poza tem skóra jest niezmieniona, obrzęku niema, rysunek naczyń powierzchownych i ścięgien wyraźny. Zabarwienie i ciepłota rąk zmienia się zależnie od ciepłoty zewnętrznej; lewa ręka prawie czernieje na zimnie i jest zwyczajnie zimniejsza od prawej.

Zmiany czuciowe: nieznaczne obniżenie czucia bolu w zasiniałych częściach skóry na lewej kończynie górnej, na dłoni czucie bolu prawie prawidłowe. W tem samem rozmieszczeniu obniżenie czucia dotyku, które to zaburzenie nasila się ku dołowi. Czucie ciepła w dolnej trzeciej części przedramienia i na ręce prawie zniesione, czucie zimna zupełnie zniesione; zaburzenia czucia ciepła. Górna granica tych zaburzeń czuciowych odcina się ostro. W obrębie sinicy na prawej kończynie górnej jest czucie bólu może nieco obniżone w porównaniu z przyległemi zdrowemi częściami skóry. Dotyk prawidłowy. Czucie zimna zniesione, ciepła obniżone; czucie głębokie obustronnie zachowane.

Ruchy lewej ręki i palców nieco ograniczone. Przy użyciu siły odczuwa chory ciągnące bóle w przedramieniu. Zaników mięśniowych niema; pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów obustronnie prawidłowa. Ruchy ręki prawej prawidłowe.

Grzbiet stóp i skóra około kostek znacznie zasiniałe, jednak nie jednostajnie, gdyż wśród sinicy są jasne przestrzenie prawidłowej lub czerwonawo zabarwionej skóry. Palce u nóg są prawie zupełnie prawidłowe, podeszwy blade. Ucisk na skórę wywołuje białą plamę, która natychmiast znika. Sinica sięga około 4 palce powyżej kostek. Na goleni rozległe brunatne zmiany barwikowe po wrzodach. Skóra nad kolanami zasiniała, tu i ówdzie czerwone plamki; na udach lekkie marmurkowanie skóry. W obrębie zasiniałych części skóry stwierdza się obniżenie czucia zimna i ciepła przy utrzymaniu czucia bólu i dotyku.

Odruchy ścięgienne zarówno na kończynach dolnych, jak i górnych, żwawe, równe.

Pnie nerwowe niebolesne na ucisk. Odruchy skórne prawidłowe. W nerwach mózgowych niema zmian. Odruchy rogówkowe i gardłowe obustronnie żwawe. Pole widzenia prawidłowe. Lekkie wrodzone opadnięcie powiek górnych. Odstające uszy. Dermografia wzmożona, wzmożone pocenie się, w lewej pasze silniejsze, niż w prawej. Mechaniczna pobudliwość mięśni nie wzmożona. Z wyjątkiem wspomnianych zaburzeń czuciowych na rękach i nogach czucie skórne na całem ciele prawidłowe. Narządy wewnętrzne bez zmian. W obu stawach kolanowych, barkowych i w lewym stawie nadgarstkowym trzeszczenia przy ruchach biernych.

Odczyn Wassermanna z surowicą krwi ujemny. Zdjęcie rentgenowskie rąk wykazuje prawidłową budowę kośćca i powiększenie cienia na ręce lewej, pochodzącego od części miękkich.

W przypadku tym rozwinęła się skutkiem zadziałania zimna sinica kończyn z obrzękami rąk. Obrzęk ręki prawej wkrótce ustąpił, a pozostała tylko, podobnie jak na stopach, sinica. Na lewej ręce choroba rozwijała się dalej, ręka powiększała się mimo leczenia coraz więcej, a obrzęk rozprzestrzeniał się na przedramię. Sprawa chorobowa ograniczyła się zatem na ręce prawej i na stopach do przewlekłej sinicy, na lewej ręce zaś postępowała i doprowadziła do przewlekłego obrzęku części miękkich bez zmian w kośćcu. Nigdy nie było znaczniejszych bólów; chory skarży się na bóle stawowe, a przedmiotowo stwierdza się trzeszczenie w stawach kolanowych i barkowych, wskazujące na przewlekłą sprawę stawową. Nigdy nie było napadowego zblednięcia kończyn. Przebieg choroby i obraz kliniczny odpowiada zupełnie przypadkom, opisanym przez Cassierera. W rozpoznaniu różniczkowem może wchodzić w rachubę jamistość rdzenia i histerya. Przeciw jamistości rdzenia przemawia brak zaników mięśniowych, prawidłowy odczyn elektryczny nerwów i mięśni, nagłe wystąpienie sinicy na wszystkich kończynach po zadziałaniu zimna, w końcu jakość zaburzeń czuciowych. Mamy tu wprawdzie zaznaczone rozszczepienie czucia, jednak ten sposób rozmieszczenia zaburzeń czuciowych, ostra granica górna na kończynach górnych, symetryczne zmiany na dolnych, nie należy do obrazu jamistości rdzenia. Przy przewlekłej sinicy opisali tego rodzaju zmiany czuciowe Cassierer, Barker i Sladen, Kartje. Przeciw histeryi przemawia w naszym przypadku brak innych objawów histerycznych.

Podnieść należy w tym przypadku różnicę w nasileniu objawów chorobowych na poszczególnych kończynach; najbardziej dotknięta jest lewa ręka, mniej prawa, a najmniej stopy, na których nietylko sinica, ale i zaburzenia czuciowe są najmniej zaznaczone. Ta różnica może się jeszcze wybitniej zaznaczyć, jak to wykazuje przypadek następny:

P r z y p a d e k 2. K. lat 25. W dzieciństwie przebył krzywicę, błonicę, płonicę z zapaleniem ucha wewnętrznego i odrę, w 11. lub 12. roku życia nieżyt krtani. Do 15. roku życia bezwiedne moczenie w nocy. Potem był zdrów; czasem tylko skarżył się na bole dołem brzucha, prawdopodobnie skutkiem skłonności do przepukliny.

W kwietniu 1913 r. zachorował wśród gorączki, bólu gardła i bólów we wszystkich stawach. Szczególnie bolesne były małe stawy rąk, stawy kolanowe i skokowe, które wkrótce potem obrzmiały. Choroba trwała przez 6 tygodni i ustąpiła pod wpływem aspiryny, środków napotnych i okładów. Potem chory pracował przez 3 miesiące; przy zmianie pogody miewał bóle w stawach. Po 3 miesiącach przeziębił się i dostał nawrotu choroby; leżał przez 4 tygodnie w łóżku. Od tego czasu skarżył się często na bóle stawowe. Następnej zimy, 1913/14, zauważył chory, że ręce jego łatwo na zimnie sinieją i nabrzmiewają; w cieple znikał obrzęk i sinica. Tosamo zauważył w zimie 1914/15, z tą różnicą, że ręka lewa znacznie więcej obrzmiewała, aniżeli prawa. W ciepłym pokoju obrzęk prawej ręki znikał zupełnie, lewej zaś w znacznie mniejszym stopniu, tak, że i następnego lata był wyraźnie widoczny. W jesieni 1915 roku znaczne pogorszenie na ręce lewej, która się coraz bardziej powiększała. Bólów w rękach chory nie miał. Ruchomość rąk była utrzymana, chory nie posługiwał się jednak lewą ręką z powodu obrzęku. W jesieni, a potem w zimie 1916 r. dalsze pogorszenie, ręka dalej się powiększała, sinica wzrastała, a ruchomość palców lewej ręki stawała się coraz gorszą. Z wzrastającym obrzękiem przykurczenie palców powiększało się, tak że chory z trudnością tylko rękę otwierał. Przy ruchach w stawie łokciowym ma chory uczucie ciągnienia w przedramieniu; bólów nie ma. Chory był w ciągu wojny dwa razy zwolniony z powodu guzów krwawniczych i wypadnięcia odbytnicy; obecnie przysłany został z komisyi asenterunkowej celem stwierdzenia choroby.

Stan obecny (w lutym 1917): Lewa ręka znacznie powiekszona, grzbiet poduszkowaty; palce zgrubiałe, zgięte we wszystkich stawach, tylko duży palec jest wyprostowany i przylega do palca wskazującego. Skóra jest sina, tylko miejscami widoczne są jaśniejsze części skóry; dolny odcinek przedramienia (około 4—5 cm powyżej stawu nadgarstkowego) marmurkowany. Sinica słabnie ku górze tak, że w górnej trzeciej części przedramienia skóra jest prawie prawidłowa. Skóra nad lewą ręką jest gładka, miękka, bez połysku, bez zmian odżywczych; ucisk na rękę wywołuje zagłębienie i białą plamkę, które natychmiast znikają. Skóra nad stawami palców czarno-sina. Paznokcie niezmienione. Chory nie może sam ręki otworzyć. Biernie udaje się palce otworzyć, wracają one jednak wnet do pierwotnego położenia. Skóra na dłoni i dłoniowej stronie palców blada, wilgotna, poduszkowata, cieplejsza, niż na grzbiecie ręki. Dolna trzecia część przedramienia również zgrubiała, zwłaszcza strona łokciowa. Przy zwieszaniu ręki lewej lub na zimnie sinica wzrasta, skóra staje się czarno-siną; podobnie w zimnej

wodzie. W ciepłej wodzie występują na tle zasiniałej skóry czerwone plamy.

Ruchy w stawie nadgarstkowym prawie zupełnie zniesione; przy ruchach biernych znaczny opór. W stawie łokciowym chory wykonywa powolne ruchy, przyczem odczuwa bole w przedramieniu. Przy zginaniu przedramienia wyskakuje nerw łokciowy ze swego rowka, przyczem chory nie odczuwa parestezyi w zakresie tego nerwu.

Poniżej zgięcia łokciowego obniżenie czucia bólu, które nasila się ku dołowi, tak, że w dolnej trzeciej części przedramienia i na grzbiecie ręki czucie bolu jest zupełnie zniesione. W tych samych granicach i w tym samym stopniu zaburzenia czucia zimna; czucie ciepła jest znacznie obniżone, ale nie całkowicie. Górna granica tych zaburzeń czuciowych jest ostra; w miejscach zupełnego zniesienia czucia bolu jest czucie dotyku miernie obniżone, wyraźniej na grzbiecie ręki, aniżeli na dłoni, w miejscach obniżenia czucia bolu jest czucie dotyku prawidłowe.

Prawa ręka jest wielkości prawidłowej, skóra na niej lekko zasiniała, marmurkowana, paznokcie sine, bez zaburzeń troficznych. Ucisk na skórę wywołuje białą plamę bez zagłębienia. Sinica sięga do połowy przedramienia. Ukłucie igłą chory wszędzie dobrze odczuwa, może nieco słabiej, aniżeli na innych zdrowych częściach skóry. Czucie zimna aż do połowy przedramienia prawego zniesione, górna granica ostra. Czucie ciepła obniżone; dotyk zachowany. Ruchomość ręki prawej zupełnie prawidłowa. Brak zaników mięśniowych na obu rękach. Pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni prawidłowa. Odruchy na kończynach górnych żwawe, równe.

Dermografia i mechaniczna pobudliwość mięśni nie zwiększona. Wzmożone pocenie się w prawidłowej ciepłocie pokojowej. Odruchy skórne prawidłowe. Ruchomość kończyn dolnych prawidłowa, odruchy żwawe, równe. Na skórze stóp niema zmian. Czucie prawidłowe. Nerwy mózgowe wolne. Źrenice oddziałują. Odruchy na głowie prawidłowe. Pole widzenia bez zmian. W sercu i płucach niema zmian. Trzeszczenie w stawach kolanowych i barkowych. Zdjęcie rentgenowskie lewej ręki i stawu łokciowego wykazuje stosunki prawidłowe. Odczyn Wassermana we krwi ujemny.

W przypadku tym wystąpiła sinica i obrzęk rąk po ostrem zapaleniu stawów. Obrzęk ręki prawej wnet ustąpił, na lewej zaś coraz bardziej się powiększał. W początkowym okresie choroby nasilenie sinicy i obrzęku lewej ręki uległy pewnym wahaniom, później jednak obrzęk stopniowo, ale stale się zwiększał. W czasie pogorszenia się choroby w zimie 1916/17 wystąpiło ograniczenie dowolnych ruchów lewej ręki, które postępowało coraz więcej, aż doszło do obecnego stanu. To zaburzenie ruchowe przypomina ustawienie palców, opisane w jednym przypadku przez Cassierera (przypadek G.), w którym palce dały się wprawdzie wyprostować, ale wnet wracały do pierwotnego położenia; podobne nieprawidłowe ułożenie palców spostrzegano w innym przypadku (W) Cassierera. W naszym przypadku możnaby myśleć o przykurczeniu histerycznem. Przeciw temu przemawia brak innych objawów histerycznych, a nadto okoliczność, że zaburzenia ruchowe wystąpiły dopiero po 2-letniem trwaniu sprawy chorobowej.

W odróżnieniu od pierwszego przypadku są dolne kończyny w tym przypadku zupełnie wolne. Prawa ręka wykazuje podobnie, jak w pierwszym przypadku, znacznie mniej zmian, aniżeli lewa. W obu przypadkach wskazują zaburzenia czuciowe na schorzenie ręki prawej, która pozornie sprawia wrażenie zupełnie zdrowej.

Istnieją przypadki, w których istotnie tylko jedna ręka jest chora, druga zaś zupełnie zdrowa

P r z y p a d e k 3. Badany w lutym 1917, S. 24 lat. W dzieciństwie płonica, przed 9 laty dur brzuszny. Obecna choroba rozpoczęła się przed 4 laty w zimie, parestezyami w lewej ręce i lewem przedramieniu; chory odczuwał wtedy mrowienia i drętwienia w ręce. Bolów nie miał. Równocześnie ręce poczęły sinieć, lewa więcej, aniżeli prawa. Obrzęku nie było. Po kilku tygodniach wystąpiły bole w lewem przedramieniu i w lewej ręce, która stopniowo poczęła się powiększać i coraz więcej siniała. Bole były dość silne, jednak nie napadowe. Stan pogarszał się dalej stopniowo; w czasie pogody i w cieple bole ustawały, obrzęk zmiejszał się, jednak nie znikał zupełnie.

Chory zaznacza, że nasilenie bolów zależało od stopnia obrzęku, że ze wzrostem obrzęku wzrastały też bole. Od 2 lat choroba nie postępuje; bole są nieco mniejsze. Na ręce prawej pozostała sinica, która wystąpiła w początkowym okresie choroby; poza tem chory nie zauważył na tej ręce żadnych zmian. Za przyczynę choroby uważa chory zimno; jest z zawodu kupcem węgli i w zimie musiał nieraz całymi dniami przebywać na zimnie. Dotychczas leczył się tylko raz w Iwoniczu, jednak bez skutku. Chory pochodzi z rodziny nerwowej; ojciec cierpi na czkawkę histeryczną.

Stan obecny: Lewa ręka znacznie większa od prawej. Dłoń, a szczególnie grzbiet ręki poduszkowato powiększone, palce zgrubiałe, pierwsze członki więcej, niż końcowe, palec wskazujący i średni więcej zgrubiałe, aniżeli inne. Powiększenie ręki i palców dotyczy tylko części miękkich, kości okazują się w obrazie rentgenowskim niezmienione. Skóra jest gładka, na grzbiecie ręki czerwono-sina, nad stawami czarno-sina. Dłoń bledsza, aniżeli grzbiet ręki, wilgotna. Sinica sięga powyżej stawu nadgarstkowego i gubi się stopniowo w połowie przedramienia. Lewa ręka jest zimna. Ucisk na skórę wywołuje zagłębienie i białą plamkę, które wnet znikają. Paznokcie niezmienione. W zimnej wodzie ręka czerwono-sina; w gorącej wodzie występują żywo-czerwone plamki. Chory nie odczuwa zimna na lewej ręce; jeżeli polewamy rękę zimną wodą, to chory odczuwa zimno dopiero powyżej stawu nadgarstkowego, a w górnej połowie przedramienia czucie zimna staje się zupełnie prawidłowe. — Górna granica znieczulenia na zimno jest ostra. Na ręce chory nie odróżnia gorącej wody, odczuwa ją na przedramieniu jako letnią, a dopiero w górnej połowie przedramienia jako gorącą. Tensam wynik otrzymujemy przy badaniu probówką z ciepłą i zimną wodą: od połowy przedramienia ku dołowi obniżenie czucia zimna i ciepła, które powyżej stawu nadgarstkowego przechodzi w zniesienie czucia ciepłoty.

W tych samych rozmiarach znajdujemy wzrastające ku dołowi obniżenie czucia bolu, które powyżej stawu nadgarstkowego przechodzi w zupełne znieczulenie. Dotyk jest bardzo znacznie obniżony, ale nie całkowicie zniesiony. Górna granica tych zaburzeń czuciowych jest ostra. Ruchomość lewej ręki jest wprawdzie utrzymana, jednak ruchy są powolne i mało wydatne; chory twierdzi, że obrzęk utrudnia mu ruchy ręki. W stawie barkowym i łokciowym ruchy są utrzymane, ale również powolne, podobno wskutek bolów w przedramieniu. Te zaburzenia ruchowe rozwinęły się stopniowo; w początkach choroby chory mało się posługiwał lewą kończyną. Niema zaników mieśniowych. Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów prawidłowa.

Prawa ręka jest nieznacznie czerwono-sinawa i nie wykazuje żadnych innych zmian. Odruchy na kończynach górnych prawidłowe.

W nerwach mózgowych niema zmian. Odruchy gardłowe, nosowe, uszne i rogówkowe prawidłowe. Pole widzenia prawidłowe. Dermografia nieco wzmożona. Wzmożone pocenie się przy chłodnej ciepłocie pokojowej, w lewej pasze więcej, niż w prawej. Kończyny dolne wolne, odruchy żwawe, równe. Stopy nieznacznie zasiniałe. Czucie skórne na całem ciele bez zmian, z wyjątkiem opisanych na lewej kończynie górnej. Pnie nerwowe na ucisk niebolesne. Budowa ciała dobra, narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. W moczu zmian niema.

W tym przypadku rozwinęła się stopniowo sinica i obrzęk na lewej ręce. W początkach choroby parestezye, potem wraz z powiększeniem się ręki i nasilaniem się sinicy bole w ręce lewej. Od 2 lat sprawa chorobowa nie postępuje. Obok powiększenia ręki i sinicy stwierdzamy zaburzenia czuciowe i ruchowe, bez zaników mięśniowych, bez zmian elektrycznych. Podobnie, jak w pierwszych dwóch przypadkach, nie mają zaburzenia ruchowe charakteru histerycznego, tembardziej, że nie znajdujemy u naszego chorego innych objawów histerycznych. Nie ma tu również objawów, któreby mogły przemawiać za jamistością rdzenia. Godnym uwagi jest fakt, że tylko lewa ręka jest dotknięta i tem wyróżnia się ten nasz przypadek od dotychczas znanych.

Następny przypadek zasługuje na uwagę ze względu na etyologię.

P r z y p a d e k 4. Sch. l. 21. przyjęty na oddział w lutym 1917. Podaje, że 30/IX 1915. ukarano go dwugodzinnem przywiązaniem do słupa (»Anbinden«). Kiedy go z więzów zwolniono, poczuł bole w obu pachach i zdrętwienie prawej ręki. Ręka ta była podobno obrzmiała, zasiniała, a chory nie mógł nią ruszać. Od tego czasu stan na ręce prawej się nie zmienił. Od chorego nie można się z pewnością dowiedzieć, jak sprawa chorobowa powstała, względnie jak postępowała, czy obrzęk, który się dziś stwierdza, wystąpił zaraz po zwolnieniu sznura, czy też potem powoli się rozwinął. Chory powiada, że tego niepamięta, wie tylko tyle, że w ostatnich czasach stan się zmienił.

Stan obecny: Prawa ręka powiększona; grzbiet ręki i dłoń poduszkowato wzdęte, palce w obrębie pierwszych członków

więcej zgrubiałe, aniżeli w końcowych. W obrazie rentgenowskim niema zmian kośćca. Ręka jest zimna, skóra bardzo znacznie zasiniała, na dłoni w mniejszym stopniu, aniżeli na grzbiecie ręki; skóra jest sucha. Na przedramieniu sięga sinica do połowy przedramienia, po stronie prostowników sinica jest znaczniejsza, aniżeli po stronie zginaczy. Ucisk na skórę wywołuje zagłębienie i białą plamę, które natychmiast znikają. Prawa ręka zwisa bezwładnie, ruchy ręki i palców zniesione. W stawie łokciowym możliwy jest tylko ruch, wyprostowujący ramię, jednak i ten ruch nie jest ruchem czynnym, gdyż ramię ciężarem swym opada ku dołowi. Ruchy w stawie barkowym utrzymane. Elektryczna pobudliwość nerwów i mięśni prawidłowa. Przy chodzeniu zwisa prawa kończyna górna bezwładnie i nie wykonuje ruchów wahadłowych. Od zgięcia łokciowego obniżenie, od połowy przedramienia zniesienie czucia bolu; w tych samych granicach zniesienie czucia ciepłoty i dotyku.

Lewa ręka zupełnie zdrowa. Odruchy na kończynach górnych obustronnie utrzymane, po prawej nieco słabsze. W nerwach mózgowych niema zmian, odruchy rogówkowe, gardłowe, uszne i nosowe obustronnie prawidłowe. Pole widzenia bez zmian. Nieznaczne powiększenie gruczołu tarczowego. Kończyny dolne wolne. Odruchy równe, żwawe. Odczyn Wassermana ze krwi ujemny.

W tym przypadku rozwinęła się po dwugodzinnem ściśnięciu przedramienia sznurem przewlekła sinica i powiększenie ręki prawej. Równocześnie wystąpiło porażenie tej ręki. Wiotkość porażenia, bezwładne zwisanie ręki, brak wszelkich ruchów czynnych przy braku zaników mięśniowych i przy prawidłowem oddziaływaniu na prąd elektryczny przemawia za histerycznym charakterem tego porażenia. Co się tyczy związku między uciskiem a przewlekłą sinicą, to nie da się na podstawie wywiadów nic pewnego stwierdzić. Z aktów, dotyczących chorego, wynika, że powiększenie się kończyny postępowało powoli, stopniowo, że jednak wystąpiło wkrótce po wypadku. I tak znajdujemy w świadectwie lekarskiem z dnia 16/X 1917. zaznaczone, że ręka prawa i przedramię prawe są porażone; w innem świadectwie z 23/XI 1917. znajdujemy uwagę, że ręka jest zimna, czucie dotyku i bolu obniżone, zwłaszcza w obrębie obrzękłego grzbietu ręki prawej. W świadectwie z 8/II 1916. jest mowa o znacznej sinicy, o obrzękach i zaburzeniach czuciowych. Należy zatem przyjąć, że już w połowie listopada 1915, a więc w 6 tygodni po obrzmieniu ręki wystąpiły wyraźne objawy przewlekłej sinicy z przerostem części miękkich i z zaburzeniami czucia. Trudno rozstrzygnąć, dlaczego sinica, wywołana zaciśnięciem przedramienia, pozostała i spowodowała obrzęk względnie przerost części miękkich; nie jest wykluczonem, że chodzi o bezpośredni uraz naczyń krwionośnych, tak że wyrównanie zastoju żylnego nie mogło nastąpić. Zaznaczyć należy, że przewlekła sinica może istnieć obok histeryi i że stwierdzenie takiej sinicy z przerostem części miękkich w przebiegu nawet typowej histeryi nie uprawnia do twierdzenia, że i sinica i zmiany przerostowe są również przyrody histerycznej. Na ten szczegół zwrócili uwagę Cassierer, Gasne i Souques.

Z przytoczonych czterech przypadków wynika, że w trzech pierwszych czynnikiem etyologicznym był wpływ reumatyczny, zimno; w pierwszych dwóch stwierdza się jeszcze teraz objawy przewlekłego gośćca stawowego. Sprawa chorobowa rozwijała się powoli, stopniowo, rozpoczynała się sinicą, do której przyłączał się później przerost części miękkich. W jednym przypadku (przyp. III) były początkowo parestezye, potem bole; w przypadku pierwszym bole były nieznaczne, a najmniej skarżył się na bole chory K. (przyp. II.) We wszystkich przypadkach miały bole charakter ciągnący i nie występowały napadowo. Napadowego zblednięcia rąk nie było.

Uwagi godną jest asymetrya w nasileniu objawów chorobowych. Już Cassierer zwrócił na to uwagę, że ręce bywają więcej dotknięte, aniżeli nogi. Oprócz tego mogą jednak istnieć różnice między objawami na prawej i lewej kończynie. I tak w jednym przypadku (9) Cassierera była sinica i powiększenie ręki lewej znaczniejsze, niż prawej; w przypadku (F) zabarwienie na nodze prawej i ręce lewej wyraźniejsze, aniżeli po drugiej stronie. Pehu przytacza przypadek, w którym lewa ręka była większa, w przypadku Barker-Sladena była sinica na prawej nodze wyraźniejsza, niż na lewej. W tych przypadkach różnica dotyczyła tylko stopnia nasilenia, w naszych zaś jest różnica jakościowa. W pierwszym przypadku najbardziej dotknięta jest ręka lewa, mniej prawa, stopy w mniejszym stopniu zajęte, aniżeli ręka prawa. Różnica między lewą a prawą ręką dotyczy głównie wielkości dotkniętych części, mniej zaś sinicy i zaburzeń czuciowych. W drugim przypadku wskazują zaburzenia czuciowe i mierna sinica na schorzenie ręki prawej, poza tem wydaje się ręka zupełnie zdrową. W trzecim przypadku nie możemy na prawej ręce i na stopach wykazać żadnych zmian chorobowych. W czwartym przypadku, który choćby ze względu na etyologię zajmuje miejsce odrębne, jest druga ręka, lewa, zupełnie zdrowa.

Na zaburzenia czuciowe w przypadkach przewlekłej sinicy zwrócił uwagę Cassierer. Podnosi on sposób rozprzestrzenienia się tych zmian, ostrą granicę górną, co przypomina na schemacie rękawiczkę lub pończochę. Dalej zwraca uwagę na to, że podobne zaburzenia we wszystkich czterech kończynach są w histeryi nieznane, że się wprawdzie w jamistości rdzenia zdarzyć mogą, że mimo to jednak nie można przypadków przewlekłej sinicy wcielić do syringomyelii, »acroasphyxia chronica« może co najwyżej tworzyć przejście pomiędzy nerwicami naczynioruchowo-odżywczemi, a syringomyelią.

W naszym pierwszym przypadku mamy na lewej ręce zniesienie czucia zimna, znaczne obniżenie czucia ciepła, czucie bolu i dotyk mniej obniżone. Na prawej ręce różnica ta w zaburzeniu czucia jest jeszcze wybitniejsza. Czucie zimna zniesione, ciepła w małym stopniu, bolu tylko nieznacznie obniżone i dotyk prawidłowy. Zupełnie tesame zaburzenia spotykamy na prawej, mniej dotkniętej kończynie w przypadku drugim; na lewej, powiększonej ręce tego chorego jest czucie zimna i bolu zniesione, ciepła i dotyku znacznie obniżone. W trzecim i czwartym przypadku jest czucie skórne zupełnie zniesione. Na nogach mamy tylko w pierwszym przypadku zaburzenia czucia, i to obniżenie czucia zimna i ciepła; i to jest najniższy stopień zaburzeń czuciowych w naszych przypadkach.

Jeżeli porównamy stopień nasilenia zaburzeń czuciowych z sinicą, to odnosi się stanowczo wrażenie, że przebiegają one równolegle z nasileniem przerostu części miękkich. W tablicy, którą przytaczam poniżej, umieszczone są najmniejsze zmiany czuciowe na początku.

Zajęta kończyna	Zaburzenia czuciowe	Sinica i przerost
Nogi w przyp. I.	Obniżenie czucia ciepłoty	Znaczna sinica z miejscami czerwonemi i prawidłowemi częściami skóry; przerostu niema
Ręka prawa w przyp. I i II	Czucie zimna zniesione » ciepła obniżone » bólu nieco obniżone » dotyku prawidłowe	Sinica bez przerostu; w początkach choroby ręce były obrzękłe
Lewa ręka w przyp. I	Czucie zimna zniesione » ciepła znacznie obniżone » bólu i dotyku obniżone	Bardzo znaczna sinica i nieznaczny przerost
Lewa ręka w przyp. II	Czucie zimna zniesione » ciepła znacznie obniżone » bólu zniesione » dotyku obniżone	Znaczna sinica i znaczny przerost
Lewa ręka w przyp. III i prawa w przyp. IV	Wszystkie rodzaje czucia skórnego zniesione, tylko w przypadku III jest czucie dotyku bardzo znacznie obniżone	Bardzo znaczna sinica i znacznego stopnia przerost

Jeżeli porównamy na tej tablicy zaburzenie czuciowe z sinicą z jednej, a z przerostem części kończyn z drugiej strony, to widzimy, że im większy przerost, tem znaczniejsze zaburzenie czuciowe, dalej, że nasilenie zaburzeń czuciowych nie zależy od nasilenia sinicy. I tak mamy na stopach w przypadku I najmniejsze zaburzenie czuciowe mimo, że sinica jest znaczną, kończyny te nie były jednak nigdy obrzękłe. Wyższy stopień zaburzeń czuciowych mamy na prawej ręce w przypadku I i II, która w początkach choroby była przejściowo obrzękła, a teraz jest tylko zasiniała. Przekonującym jest wynik badania na ręce lewej w przypadku I; tu jest sinica najznaczniejsza, a zaburzenia czu-

ciowe stosunkowo najmniejsze. W porównaniu z tym przypadkiem jest sinica na rękach w przypadku III i IV znacznie mniejsza, natomiast przerost o wiele większy i zaburzenia czuciowe o wiele znaczniejsze. Jeżeli się porówna dalej objawy na stopach w przypadku I z objawami na ręce prawej w przypadku I i II, to sinica na nogach jest znaczniejsza, niż na ręce prawej, w dwóch pierwszych przypadkach, natomiast zaburzenia czuciowe na nogach mniejsze.

Z zestawienia tego wynika, że im większy przerost, tem zaburzenia czuciowe znaczniejsze. Niezależność zaburzeń czuciowych od sinicy przyjmuje też Cassierer, a to na podstawie jednego przypadku przerostu z zaburzeniami czuciowemi, ale bez sinicy. Nasze spostrzeżenia wskazują na to, że tesame czynniki, które wywołują przerost, rozstrzygają o powstaniu zaburzeń czuciowych. Należy jednak z drugiej strony zauważyć, że rozmieszczenie zaburzeń czuciowych, zwłaszcza zniesienie zupełne. czucia skórnego, pokrywa się zawsze z rozmieszczeniem sinicy.

Omówienia wymaga ograniczenie ruchomości dotkniętych kończyn. Jeżeli się dokładnie przejrzy historye choroby przypadków przewlekłej sinicy w piśmiennictwie, to widzimy, że zaburzenia ruchowe nie są zbyt rzadkie. Jeden z chorych Cassierera skarżył się na niezgrabność rąk, inny nie mógł wykonywać delikatnych ruchów palcami, a przedmiotowo stwierdzono niezgrabność palców; w przypadku tym chodziło o przewlekłą sinicę bez przerostu, skóra była tylko napęczniała. Inna chora (W) Cassierera podała, że ze zwiększającą się sinicą ręce coraz bardziej słabły i stawały się niezgrabne, tak że nie mogła wykonywać swego zawodu jako pianistka; przedmiotowo: ręce zbaczają ku stronie łokciowej, IV i V palec na obu rękach zgięty w I stawie palcowym, palce w tem zgięciu ustalone. Ruchomość o tyle była ograniczona, że ruchy palców i rąk były naogół bezsilne; porażeń nie było, oddziaływanie elektryczne prawidłowe, mimo, że pierwsza przestrzeń międzykostna zapadła. — U histeryczki G., opisanej przez Cassierera, były palce rąk stale zgięte w pierwszym stawie palcowym; dawały się wprawdzie wyprostować, wracały jednak do pierwotnego położenia. Cassierer nie wyjaśnia tych zaburzeń ruchowych, są one tylko zapisane w historyach choroby.

Z wyjątkiem naszego IV przypadku, w którym zaburzenie ruchowe ma charakter histeryczny, ograniczenie ruchomości w przypadkach I i III jest nieznaczne. Przykurczenie w II przypadku znaczne. W tych 3 przypadkach wystąpiło to zaburzenie dopiero po dłuższem trwaniu sinicy i przerostu, tak, że z postępem choroby ruchomość dotkniętej kończyny coraz bardziej się pogarszała. Czy pewien stopień zaburzeń ruchowych należy do obrazu przewlekłej sinicy z przerostem, nie da się na razie rozstrzygnąć. Częstość tego objawu, zapisanego w dotychczas ogłoszonych przypadkach, nie wyłącza tej możliwości. Dalsze spostrzeżenia może tę sprawę wyjaśnią.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 21 listopada 1917.

(w klinice chirurgicznej U. J.)

— (Dokończenie).

5) Kol. Kazimierz Jaworski wygłosił wykład: **Zaszycie jamy brzusznej przy ropnych sprawach w otrzewnej.** Tamponada jamy brzusznej przy ropnych zapaleniach otrzewnej ma szereg ujemnych stron, jak długi okres leczenia pooperacyjnego, bóle, jakie chory znosić musi przy leczeniu pooperacyjnem, powstawanie przepuklin pooperacyjnych i wreszcie, jak twierdzi Bauer, tamponada powoduje długotrwałe i uporczywe niedowłady jelit. Toteż w miarę rozwoju chirurgii jamy brzusznej starano się zastąpić tamponadę. Wielu chirurgów zaczęło używać sączkowania (drainage), lecz i to okazało się też nie bez ujemnych stron. Przy dłuższem leżeniu drenu również, jak i przy tamponadzie, powstają wkrótce zlepy między drenem, a błoną surowiczą jelit; znane są przypadki uciskowej martwicy ściany jelita od drenu, wreszcie trudno jest uchwycić chwilę, kiedy należy usunąć dren: zawczesne jego usunięcie grozi wytworzeniem się wtórnego ropnia, zapóźne wywołuje zrosty.

Obok techniki chirurgicznej przy ropnych zapaleniach otrzewnej rozwijał się pogląd na znaczenie ogniska dla przebiegu pooperacyjnego, z którego to zapalenie wyszło, oraz na znaczenie płynu wysiękowego w jamie brzusznej. Co się tyczy punktu pierwszego, to wszyscy chirurgowie są jednomyślni, że usunięcie źródła zakażenia jest niezbędnym warunkiem przy leczeniu spraw zapalnych w jamie brzusznej. Co się zaś tyczy wysięku, to zdania są podzielone. Murphy twierdzi, że w wysięku znajdują się ciała ochronne, a więc usuwać go przy zabiegu operacyjnym nie należy. Większość atoli, wychodząc z założenia, że w wysięku ropnym znajdują się toksyny i drobnoustroje, usuwa o ile możności ten wysięk z jamy brzusznej, czy to przez płukanie, czy przez wymoczenie gazą. Czy postępowanie nasze będzie to lub inne, ustrój musi stoczyć walkę z zakażeniem, gdyż tamponada i sączkowanie usuwają wysięk tylko z ograniczonej przestrzeni jamy brzusznej wskutek szybko powstających zlepów. Ten fakt naprowadził naprzód amerykańskich chirurgów na to, by w ogóle zaszywać jamę brzuszną. Postępowanie to znalazło zwolenników i w Europie, najpierw w osobie Nordbama i Rottera. Szczególnym zwolennikiem zaszywania jamy brzusznej jest szwedzki chirurg Bauer. Na zasadzie licznego materyału Bauer dochodzi do wniosku, że zaszywanie jamy brzusznej przy ropnych zapaleniach nie wywiera ujemnego wpływu na wynik i przebieg pooperacyjny. W przypadkach, które się skończyły niepomyślnie, przyczyna zejścia leżała w samem zakażeniu, jak to stwierdziły wyniki sekcyjne. W przypadkach, kończących się pomyślnie, wyjątkowo jako powikłanie wytworzył się ropień ograniczony w okolicy usuniętego wyrostka robaczkowego, który to ropień Bauer następowo sączkował. Całe leczenie pooperacyjne, oprócz wewnętrznych środków, sprowadza się przy zaszyciu jamy brzusznej do ułożenia chorego w pozycyi półsiedzącej, aby dać możność spływać wysiękowi w najniższe miejsca (cavum Douglasi) i uniknąć w ten sposób zakażenia otrzewnej wyścielającej przeponę. Bauer zaszywa jamę brzuszną we wszystkich przypadkach rozlanego, ograniczonego i ropnego zapalenia otrzewnej, zaszywa także otorbione ropnie, o ile tylko ich ściany zapadają się po usunięciu ropy i o ile niema tkanek obumarłych, mogących dać powód do wtórnego ropienia.

Nawiązując do powyższych uwag kolega J. zaznacza, że w klinice chirurgicznej krakowskiej widział od szeregu lat postępowanie, zdążające do unikania tamponady jamy brzusznej, nie tak jednak bezwzględne, jak to czyni Bauer. Do zaszycia nadawałyby się tylko świeże zapalenia otrzewnej ze stosunkowo niewielką ilością ropy. W pamięci prelegenta stają dwa przypadki świeżego zapalenia otrzewnej z powodu przebicia wrzodu żołądka; operujący kolega Hładij zaszył jamę brzuszną bez jakichkolwiek złych następstw. Również przypadki ograniczonych ropni o zapadających się ścianach bez obumarłych tkanek nadawałyby się do zaszycia jamy brzusznej po dokładnem usunięciu ropy i zastosowaniu eteru, jako środka odkażającego. Kolega J. przedstawił dwa przypadki otorbionych ropni w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Jeden ropień stary kilkumiesięczny, drugi świeży. W obu przypadkach jamę brzuszną zaszyto całkowicie. Chorzy, przedstawieni w 11. dniu po zabiegu operacyjnym z zagojoną doraźnie raną, opuszczają już łóżko. (Streszczenie własne).

Z powodu spóźnionej pory o godz. 8½ wieczór zamknął przewodniczący zebranie, nie wyczerpawszy porządku dziennego.

Dr Michejda, zast. sekr. dorocznego

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 9. XI. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 36.

I. Kol. Wiczkowski przedstawia chłopaka 19-letniego, niedostatecznie rozwiniętego, z **marskością wątroby,** u którego kol. Schramm dokonał ze względnie pomyślnym skutkiem operacyi przyszycia sieci sposobem Talmy. — Przy tej sposobności przytacza prelegent uwagi nad etyologią tej choroby i przyłącza się do zdania tych autorów, którzy uważają marskość wątroby za zjawisko częściowe w ogólnym obrazie uszkodzenia narządów wewnętrznych, wywołanego czy to przez alkohol, czy przez kiłę, czy przez gruźlicę lub inne jakieś czynniki szkodliwe. Co do samej operacyi Talmy, prelegent nie przywiązuje zbyt wielkiej wagi. Sądzi jednak, że w tej chorobie, w której skazani jesteśmy prawie wyłącznie na wypuszczanie coraz się po-

nawiającego płynu, należy przecież ze względu na podawane w piśmiennictwie pomyślne wyniki zastosować tę operacyę, szczególnie u młodych osób z niedługim przebiegiem choroby.

Dyskusya: 1. Kol. Pisek omawia leczenie marskości wątroby i podnosi, że operacya Talmy powszechnie uważana jest za zabieg mało skuteczny.

2. Kol. A. Gluziński zaznacza, że przedstawiony przypadek zwraca uwagę dużą, gładką wątrobą i powiększeniem śledziony. Nie wchodząc na razie w znaczenie operacyi Talmy w takich przypadkach, podnosi, że stan taki odpowiadać bardzo łatwo może przypadkom, jakie przed kilku laty z kliniki swej przedstawił, tak kiły wrodzonej, jak i nabytej, w postaci, którą w przeciwstawieniu do kilaków (hepatitis gummosa) nazywamy postacią rozlaną (hepatitis diffusa luetica), zwykle połączoną z dużą śledzioną. Toteż w przypadkach takich, szczególnie u ludzi młodych bez innego tła etyologicznego, czy to z dodatnim odczynem Wassermanna, czy bez niego, należałoby przeprowadzić leczenie swoiste przed zastosowaniem operacyi Talmy, a to tem bardziej, że w przypadkach tych może przyczyna puchliny brzusznej leżeć tak dobrze w zmianie kiłowej żyły wrotnej (phlebitis luetica), jak i w zmianie na otrzewnej, czego dowodem są zwykle stwierdzane zmiany w postaci zmian na otrzewnej w okolicy wątroby (perihepatitis), a pod wpływem leczenia swoistego w tych razach, jak to przypadki przez mowcę przedstawione udowadniają, ustępuje i nagromadzenie się płynu w jamie brzusznej. Operacya Talmy byłaby dopiero wskazana, gdy leczenie swoiste pozostanie bez skutku, gdy więc powstały nie dające się usunąć zmiany czy to w zakresie samej żyły wrotnej, czy to w jej rozgałęzieniach w wątrobie, gdyż, jak wiemy, po latach przypadki te przybrać mogą postać marskości zanikowej (cirrhosis atrophicans). Mowca przypomina nadto spostrzeżenie Neissera, podane na Zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie, o stosunku stanu limfatyczno-grasiczego (status lymphatico-thymicus) do zmian w wątrobie i śledzionie. Przypadek przedstawiony ma wybitne cechy właśnie tego stanu, bo mimo lat 19 brakuje zupełnie zarostu tak pod pachami, jak i nad spojeniem łonowem, jak niemniej bardzo słabo rozwinięte są części płciowe. Może być, że kiła wrodzona, która jest przyczyną zmiany w wątrobie i śledzionie, wpłynęła także i w tym kierunku na wytworzenie się wspomnianego stanu. W każdym razie leczenie swoiste uważa mowca w tym przypadku ze wszech miar za wskazane.

3. Kol. Rencki omawia trudności rozpoznawcze przy wykluczeniu sprawy zapalnej na otrzewnej w podobnych przypadkach, co się zaś tyczy przedstawionego przypadku, to mimo ujemnego odczynu Wassermanna objawy ogólne przemawiać się zdają za kiłą.

4. Kol. Hornowski zwraca uwagę na ogólny wygląd chorego, który sprawia wrażenie stanu dziecięcego (infantilismus). Okoliczność ta wskazywałaby zatem, że wszystkie gruczoły, a nietylko wewnętrznego wydzielania są tu zajęte. Logicznie więc przyjąć się musi, że ma się tu do czynienia z zadziałaniem przyczyny ogólnej, jak kiła, gruźlica lub t. p.

5. Kol. Schramm przyznaje, że operacya Talmy przy marskości wątroby u dorosłych nie daje dobrych wyników, natomiast u osób młodych wyniki są dobre. Korzystny wynik zabiegu zależy nie tyle od wykonania samej laparotomii, ile raczej od ułatwienia krążenia.

II. Kol. Warchoł przedstawia dwa przypadki z oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego:

a) Kobieta, lat 40, po **resekcyi żołądka i okrężnicy poprzecznej,** wykonanej przez prof. Schramma z powodu **raka żołądka** i ropowicy żołądka (carcinoma ventriculi et gastritis phlegmonosa). Ogólny stan chorej przed operacyą dobry. Prawie zupełny brak objawów ze strony przewodu pokarmowego — apetyt dobry, chorą niepokoi tylko guz w jamie brzusznej, macalny w okolicy nadpępkowej, wielkości dużej pięści, twardy, niebolesny, wybitnie ruchomy, zdający się wychodzić z okrężnicy poprzecznej lub ze sieci. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że nowotwór zajmuje prawie cały żołądek i jest silnie zrośnięty z okrężnicą poprzeczną. Wobec tego wycięto prawie cały żołądek i część okrężnicy, długości mniej więcej 20 cm., poczem po zeszyciu ze sobą obu końców okrężnicy zamknięto górną część otworu w żołądku szwem dwupiętrowym okluzyjnym i zespolono (według metody I Billrotha) bez wielkiego napięcia dwunastnicę z pozostałą częścią otworu w dnie żołądka. Chora zniosła zabieg dość lekko. Badanie drobnowidowe guza wykazało dwie obok siebie rozwinięte sprawy chorobowe, a mianowicie: raka i ropowicę.

Przedstawiony przypadek, zdaniem prelegenta, godny jest uwagi z następujących względów: 1) Z powodu braku objawów klinicznych ze strony żołądka tak dla jednego jak i drugiego cierpienia; 2) z powodu wybitnej ruchomości guza pomimo dużych jego rozmiarów i zrośnięcia z okrężnicą poprzeczną; 3) z powodu równoczesnego wystąpienia dwu spraw chorobowych, z których ropowica wystąpiła prawdopodobnie już w istniejącym raku i 4) z powodu tego, że mimo ciężkiego zabiegu operacyjnego (prawie zupełnej resekcyi żołądka i resekcyi dużego odcinka okrężnicy poprzecznej) przebieg pooperacyjny był dobry i stosunkowo lekki, co zawdzięczać należy głównie dość dobremu stanowi odżywienia chorej.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. W roku 1917 wpłynęły na rzecz wdów i sierot po lekarzach następujące dary: Pani Profesorowa Gilewska z Wiednia 1000 kor., a oprócz tego na rok 1918 500 kor. — razem 1.500 kor.; Prof. Dr Adam Sołowij 1.000 kor., które ofiarował, chcąc dać wyraz wdzięczności za leczenie żony, Dr R. Stenzel; Prof. Machek 100 kor. nom. i 300 kor. gotówką razem 400 kor.; Dr Maksymilian Rutkowski 100 kor. nieprzyjęte honoraryum (przysłał Dr Fechter). — Razem 2.900 kor. gotówką i 100 kor. nominale.

Kraków. Wobec wielkiego podrożenia kosztów druku zmuszona była komisya redakcyjna »Przeglądu lek.« podnieść od Nowego Roku przedpłatę na 7 koron kwartalnie.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Zygmunt Popławski rodem z Liplasa.

Warszawa. W szpitalach warszawskich wybuchło bezrobocie służby niższej, do którego przyłączyli się felczerzy i urzędnicy administracyjni.

— W listopadzie r. z. odbył się drugi kurs dla kandydatów na lekarzy powiatowych; ukończyło go 24 lekarzy.

Zmarli: Dr Z. Szweigert, lekarz miejski w Radomsku, z duru plamistego; Dr Kazimierz Oczesalski, lekarz sanitarny i lekarz szpitala Dz. Jezus, sekretarz doroczny Towarzystwa lek. warsz., w 32 r. ż. z duru plamistego;

znakomity ginekolog, b. profesor w Strassburgu Freund; anatom prof. Kabl w Jenie; chirurg prof. Angerer w Monachium.

Redakcya otrzymała: R. Minkiewicz: Podstawy doświadczalne i teoretyczne nowego pojmowania zjawisk nerwowych. (Wyd. kasy im. Mianowskiego) Warszawa 1917. — Adamkiewicz: Eine Krebsheilung mit Hilfe meiner Kankroin-Methode in 6 Tagen.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.